Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten Heidelberg.
Direktor: Prof. Dr. Schmidhuber.

Die Zahnbehandlung in der Sozialversicherung

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Zahnheilkunde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Kurt Harbott

Zahnarzt.

Yale Medical Library

Heidelberg
Buchdruckerei Bernhard Müller
1940.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität Heidelberg.

Dekan:
Prof. Dr. Rodenwaldt

Referent:
Prof. Dr. Schmidhuber

1940.

Meinen Eltern

in

herzlicher Dankbarkeit.

Die Jahre nach dem Deutsch-Französischen Krieg, die sogenannten Gründerjahre, brachten für Deutschland einen ungeheuren Aufschwung, der sich besonders in der Industrie bemerkbar machte. Der Arbeiter, der bisher in landwirtschaftlichen oder kleineren industriellen Unternehmungen Beschäftigung und Auskommen gefunden hatte, wollte teilhaben an den durch die Industrialisierung entstandenen größeren Verdienstmöglichkeiten, verließ seinen bisherigen Arbeitsplatz und suchte sich einen neuen.

Als Folge dieser Abwanderung in die Städte und des damit zunehmenden Verkehrs, aber auch durch die schwerer und gefährlicher werdende Arbeit in Bergwerken und Schmieden, in großen Fabrikbetrieben und vor den Hochöfen traten Unfälle in einem bis dahin nie gekannten Maße auf.

Ließ schon die Hygiene der Großstädte in der Zeit vor der Industrialisierung Deutschlands und der damit beginnenden Uebersiedlung zu wünschen übrig, so machten sich die fehlenden hygienischen Einrichtungen und Maßnahmen in den gewerblichen Betrieben jetzt ganz besonders bemerkbar. Die Folge davon waren Krankheiten, die bei der Zusammenballung von Menschen rasch um sich griffen, da in so kurzer Zeit geeignete Unterkunftsmöglichkeiten für die Arbeiter nicht beschafft werden konnten.

So war in einer Zeit, in der jährlich Tausende von Menschen Betriebsunfällen erlagen oder oft im Kampf ums Dasein frühzeitiger Invalidität verfielen, Not und Elend die unausbleiblichen Folgen für den einzelnen, weil man für solche Fälle verminderter oder vernichteter Erwerbsfähigkeit nicht genügend vorgesorgt hatte. Dem Volksganzen aber wurden die gerade in dieser Zeit des Aufbaus so notwendigen Arbeitskräfte entzogen.

Wollte der Staat nicht einen großen Teil der Arbeiterschaft verlieren und die Volksgesundheit auf eine Stufe absinken lassen, von der aus eine Wiederherstellung derselben nur sehr langsam und mit ungeheuren Kosten möglich war, so mußten Mittel gesucht bezw. Einrichtungen geschaffen werden, durch die es möglich wurde, dem Arbeiterstand Hilfe und Unterstützung angedeihen zu lassen gegen Not durch Krankheit, Unfall und Invalidität.

Uns ist der Begriff „Versicherung" etwas so Selbstverständliches geworden, daß wir es heute kaum verstehen können, daß es mal eine Zeit ohne Versicherung gegeben hat; und doch verging nach 1871 noch etwa ein Jahrzehnt, ehe man die durch die wachsende Industrie entstehenden Mängel und Gefahren

überhaupt erkannte; und es dauerte wiederum 2 weitere Jahre, bevor man durch die Deutsche Sozialversicherung Abhilfe schaffte; denn erst nachdem im Jahre 1881 der Anstoß gegeben worden war, befaßte sich der Deutsche Reichstag mit dem Entwurf zu einem Gesetz über die soziale Besserstellung der deutschen Arbeiterschaft durch Schaffung einer Sozialversicherung und verabschiedete 1883 ein Gesetz über Krankenversicherung. Diesem folgten später Gesetze über Unfallversicherung (1884—87), sowie über Invaliditäts- und Altersversicherung (1889), alles Maßnahmen, die den deutschen Arbeiter gegen Krankheit und Gefahr beschützen und ihm seine schwere wirtschaftliche Lage erleichtern sollten.

Anfangs waren nur Aerzte in der Sozialversicherung tätig; denn zahnärztliche Behandlung war in den Krankenversicherungsgesetzen nicht vorgesehen.

Doch bald schon sahen sich die größeren Krankenkassen gezwungen, auch mit den Zahnärzten Verträge abzuschließen, um den Forderungen ihrer zahnkranken Mitglieder gerecht zu werden, zumal die Aerzte es ablehnten, solche Krankheiten, insbesondere die Karies der Zähne, zu behandeln.

Eine Verpflichtung für die Kassen, bei Zahnkrankheiten die Behandlung durch approbierte Zahnärzte vornehmen zu lassen, entstand jedoch erst im Jahre 1900 durch eine Verfügung des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, die bestimmte: „daß die Krankenkassen auch bei Zahnkrankheiten verpflichtet sind, die Heilbehandlung der Mitglieder durch approbierte Zahnärzte vornehmen zu lassen. Eine Ausnahme hiervon ist nur zulässig, wenn das erkrankte Mitglied sich mit der Behandlung durch eine nicht approbierte Person (Zahntechniker) einverstanden erklärt." Diese Möglichkeit mußte den Versicherten eingeräumt werden, weil damals in vielen größeren Orten noch keine Zahnärzte praktizierten.

Diese ursprünglichen Gesetze haben natürlich im Laufe der letzten 40 Jahre verschiedene Aenderungen erfahren.

Die heutige Sozialversicherung ist eine Kollektivversicherung der Arbeitnehmer und deren Familie. Sie ist als Maßnahme der Sozialpolitik stets Zwangsversicherung für die Schichten der Bevölkerung, die über ein Einkommen verfügen, das gewisse Grenzen nicht übersteigt.

Der Zweck der Sozialversicherung ist Beschaffung von Geldmitteln, die dem Arbeitnehmer bei Beeinträchtigung oder Fortfall der Arbeitsmöglichkeit in Form von Geld- oder Sachleistungen zugute kommen. Hauptsächlich sollen diese Gelder

aber dazu verwandt werden, die volle Arbeitskraft zu erhalten, durch Genehmigung von Kuraufenthalten oder durch Errichtung eigener Erholungsheime, in denen kranke Arbeiter oder deren Angehörige untergebracht werden, um frühzeitig die Entstehung verminderter Arbeitsfähigkeit und größere gesundheitliche Schäden für die Zukunft zu verhüten.

Diese Mittel werden aufgebracht durch Beiträge, die sich nach der Lohnhöhe der versicherten Arbeitnehmer richten, neben Zahlungen der Arbeitgeber und eventuellen Zuschüssen aus öffentlichen Quellen.

Die Sozialversicherung steht im Gegensatz zur Individualversicherung, besonders dadurch, daß die Leistungen der Kasse sich nicht nach der vom einzelnen Mitglied geleisteten Versicherungssumme richten, sondern — dem Gedanken der Kollektivversicherung entsprechend — die finanziell schwächeren Mitglieder im Durchschnitt mehr, die stärkeren weniger, als es ihren Beiträgen entspricht, unterstützt werden.

Die Sozialversicherung umfaßt:

die Krankenversicherung,
die Unfallversicherung und
die Invalidenversicherung.

Träger der sozialen Krankenversicherung sind:

die Ortskrankenkassen,
die Landkrankenkassen,
die Betriebskrankenkassen,
die Innungskrankenkassen und
die Seekrankenkassen.

Wie bereits erwähnt, ist die Sozialversicherung eine Zwangsversicherung. Jedoch ist nach § 165 RVO.[1]) Voraussetzung für alle Versicherten, daß sie — mit Ausnahme von Lehrlingen aller Art —

1. gegen Entgelt beschäftigt werden, wobei diese Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bilden muß,
2. ihr regelmäßiger Jahresverdienst 3600 Reichsmark nicht übersteigt, wobei Kinder- und Familienzulagen nicht angerechnet werden.

Wird diese Verdienstgrenze überschritten, so scheidet der Betreffende mit dem gleichen Tage, eventuell rückwirkend, aus der Versicherungspflicht aus.

---

[1]) Reichsversicherungsordnung.

Abgesehen von Personen, die an und für sich versicherungspflichtig wären, obigen Voraussetzungen jedoch nicht oder nicht mehr entsprechen, sind Aerzte, Zahnärzte, Beamte, Angehörige der Wehrmacht, der Schutzpolizei und des Reichsarbeitsdienstes, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften — wie § 173 RVO. festsetzt — nicht zwangsversicherungspflichtig.

Nach § 176 RVO. besteht der Begriff Versicherungsberechtigung, d. h. folgende Personen können der Versicherung freiwillig beitreten, falls ihr Jahresgesamteinkommen 3600 Reichsmark nicht überschreitet:

1. Personen, die an sich versicherungsfrei sind, z. B. Beamte, und Schwestern,
2. Familienangehörige eines Betriebsführers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betrieb tätig sind,
3. Gewerbetreibende, die in ihrem Betrieb keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Ein anderer Fall ist folgender:
Scheidet ein Versicherter aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus — das ist dann der Fall, wenn sein Einkommen 3600 Reichsmark überschreitet — so kann er sich nach § 313 RVO. selbst weiter versichern, wenn er in den vorausgegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war. Uebersteigt allerdings das Jahresgesamteinkommen des freiwillig Versicherten 7200 Reichsmark, so erlischt nach § 178 RVO. die Versicherungsberechtigung.

In jedem Fall freiwilligen Beitritts — so setzt § 176 RVO. fest — kann die Krankenkasse die Aufnahme von der Erfüllung zweier Bedingungen abhängig machen: einmal muß der Antragsteller ein Gesundheitszeugnis vorlegen, zum andern darf er ein festgesetztes Alter nicht überschritten haben.

Allen ihren Mitgliedern — ob sie nun pflichtgemäß oder freiwillig beigetreten sind — hat die Krankenkasse Krankenhilfe zu gewähren; und zwar besteht diese nach § 182 RVO. aus:

1. Krankenpflege von Beginn der Krankheit an und Versorgung mit Arznei und anderen kleineren Heilmitteln,
2. Krankengeld, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht.

Darüber hinaus bestimmt der gleiche Paragraph, daß diese Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Die ärztliche Behandlung, die als Teil der Krankenpflege gilt, wird — wie § 122 RVO. bestimmt — durch „approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte geleistet." Jedoch setzt der § 123 RVO. fest, daß „bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß der Mund- und Kieferkrankheiten die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden kann." Hierbei bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde, wer als Zahntechniker anzusehen ist. Wie aus § 123 hervorgeht, besteht also ein Unterschied zwischen der Behandlung durch einen Zahnarzt und einen Dentisten;[1]) denn einmal hängt die Behandlung durch einen Dentisten von der Zustimmung des Versicherten ab, — dieser kann also nicht gezwungen werden, einen Dentisten aufzusuchen —; ferner ist dem Dentisten die Behandlung von „Mund- und Kieferkrankheiten" untersagt. Allerdings ist bis heute eine Definition dieses Begriffes noch nicht erfolgt.

Nach § 9, Art. 1 VertrOZ.[2]) steht dem Versicherten die freie Wahl unter den Kassenzahnbehandlern für sich und seine Familienangehörigen zu. Darüber hinaus hat er sogar das Recht, nicht nur zwischen den bei seiner Kasse zugelassenen Kassenzahnbehandlern zu wählen, sondern auch zwischen allen übrigen im Deutschen Reich. Da nach § 9 Art. 2 VertrOZ. die Kasse nur die Reisekosten zu dem nächstwohnenden Kassenzahnarzt oder Kassendentisten zu vergüten hat, dürfen sich aus dieser „freien Arztwahl" keine Mehrkosten für die Kassen ergeben. Sollten diese Mehrkosten jedoch dadurch entstehen, daß der Versicherte nicht gewillt ist, einen ortsansässigen oder in der Nähe wohnenden Kassendentisten aufzusuchen, sondern darauf besteht, die Behandlung von einem entfernter wohnenden Kassenzahnarzt durchführen zu lassen, der ohne Reiseaufwand nicht zu erreichen ist, so können diese Reisekosten zurückerstattet werden, da nach § 123 RVO., der Versicherte zur Behandlung durch einen Dentisten nicht gezwungen werden kann. Für gewöhnlich hat der Versicherte sich zu einem Kassenzahnarzt oder Kassendentisten in Behandlung zu begeben. Nur in dringenden Fällen[3])

---

[1]) Der Ausdruck „Dentist" wurde auf Wunsch der Dentisten durch Verordnung vom 13. II. 35. — RGBl. I, S. 192 — an Stelle des Ausdrucks „Zahntechniker" eingeführt.

[2]) Vertragsordnung für Zahnärzte und Dentisten.

[3]) Unter „dringender Fall" hat man nach „Merkbuch für die tägliche Praxis" zu verstehen: Ein Fall, der wegen bestehender heftiger Schmerzen oder wegen der Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung der Krankheit unverzüglich in Behandlung genommen werden muß. Die Dringlichkeit wird immer eine zeitliche sein und wird in der Regel nach der ersten oder zweiten zahnärztlichen Hilfeleistung behoben sein.

kann die Kasse eine Ausnahme machen und die Kosten für die Behandlung durch einen Zahnarzt, der nicht zu den Kassen zugelassen ist, übernehmen. Jedoch muß die Weiterbehandlung des Versicherten durch einen Kassenzahnbehandler vorgenommen werden.

Kassenzahnarzt oder Kassendentist ist aber nach § 1, Anm. 11 ZulOZ.[1]) nur der Zahnarzt oder Dentist, der nach erfolgter Zulassung einen Einzeldienstvertrag abgeschlossen hat, wobei unter „Zulassung" nach § 1, Anm. 7 ZulOZ. „die Berechtigung zum Abschluß eines Einzeldienstvertrages über die Behandlung von Kassenmitgliedern in freier Praxis" zu verstehen ist.

Wie gestaltet sich nun die Durchführung der Zahnbehandlung, d. h. welche Leistungen hat der Kassenzahnbehandler dem Versicherten zu gewähren?

§ 5, Art. 1 VertrOZ. bestimmt, daß „Art und Umfang der Leistungen nach Maßgabe der Kassensatzungen zu regeln" sind, d. h. die Zahnbehandler haben die Leistungen nach den Bestimmungen der Kassensatzungen durchzuführen.

Diese Bestimmungen sind festgelegt in einem „Bezirksvertrag" für Kassenzahnärzte, bezw. einem für Kassendentisten. Der Bezirksvertrag befaßt sich in seinem Abschnitt III mit

Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen

und bestimmt in § 3, 1, daß die Kassenzahnärzte die zahnärztliche Versorgung übernehmen, die den Anspruchberechtigten nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichem Abkommen zusteht und verplichtet in § 3, 2 die Kassenzahnärzte, auch solche Kranke zu behandeln, mit deren Kassen sie nicht in Vertragsverhältnis stehen. Es ist selbstverständlich, daß dem Kranken eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung zu gewähren ist. Jedoch würde es nicht mehr im Sinne der Sozial-Versicherung sein, dabei über das Notwendige hinauszugehen. So hat der Kassenzahnarzt nach § 4 des Bezirksvertrages genau so die Pflicht, Behandlungen, die nicht oder nicht mehr notwendig sind, abzulehnen, sowie Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel nur in wirtschaftlichem Umfang zu verordnen und die Kasse vor übermäßigen Ausgaben soweit als möglich zu bewahren. Die Verpflichtung geht sogar so weit, daß der Kassenzahnarzt bei Außerachtlassung der notwendigen Sorgfalt der Kasse die dadurch entstehenden Schäden zu ersetzen und für die Tätigkeit seiner Vertreter oder Assistenten in vollem Umfang zu haften hat.

---

[1] Zulassungsordnung für Zahnärzte und Dentisten.

Selbstverständlich ist der Kassenzahnarzt verpflichtet, in der konservierenden Behandlung Füllungen pulpenkranker oder toter Zähne vorzunehmen und diese dann mit einer Füllung aus plastischem Material (Amalgam oder Zement) zu versehen. Jedoch wird ihm hierbei insofern eine Beschränkung auferlegt, als eine Berechnung von Silikatfüllungen nur für die 6 oberen und 6 unteren Frontzähne und die Berechnung von Silberamalgamfüllungen nur für die 10 oberen und 10 unteren Vorderzähne zulässig ist. Hierzu ist aus § 10, Anm. 2c VertrOZ. zu entnehmen: Silberamalgam- und Silikatfüllungen sind nicht Pflichtleistungen der Krankenkasse. Sie können durch das Pauschale abgegolten und den Versicherten genehmigt werden. Beschränkt sich jedoch die Kasse auf Gewährung von einfachen Füllungen, dann sind Silikat- und Silberamalgamfüllungen als Sonderleistungen zu betrachten, deren Bezahlung dem Patienten zur Last fallen. In diesem Fall hat der Versicherte schriftlich zu bestätigen, daß die weitergehende Leistung auf seinen Wunsch vorgenommen worden ist.

Diese Ausführungen über die konservierende Versorgung der Zähne, wie sie soeben für den Kassenzahnarzt dargelegt wurden, gelten analog auch für die Behandlung durch den Kassendentisten.

Was nun die chirurgische Versorgung des Kassenmitgliedes durch den Kassenzahnarzt anbelangt, so ist aus der „Gebührenordnung für Kassenzahnärzte" zu ersehen, daß der Kassenzahnarzt Behandlungen von Mundkrankheiten, große[1]), mittlere[2]) und kleinere[3]) operative Eingriffe, Stillung einer bedrohlichen Nachblutung, allgemeine Betäubung (Inhalationsnarkose) und Rauschnarkose vornehmen „darf". Dieses „darf" schließt ein:

einmal die Verpflichtung zur Behandlung dieser betreffenden Leiden,

dann aber auch die Berechtigung derartige Eingriffe, (wie in den Fußnoten angeführt), Betäubungen und Narkosen vorzunehmen, ohne dazu eine vorherige Genehmigung seitens der Kasse einholen zu müssen.

---

[1]) Wurzelspitzenresektion, Cystenexstirpation, Entfernung von Tumoren, größere Resektionen, plastische Mundoperationen, größere Ausmeißelungen verlagerter tieffrakturierter Zähne, Unterbindungen u. ä.

[2]) Partielle Resektion der Zahnfortsätze, Exstirpation kleinerer Epuliden, kleinere Ausmeißelungen, plastische Mundoperationen kleineren Umfanges, Aufklappungen, Auskratzungen u. ä.

[3]) Spaltung und Auskratzung von Fisteln, Eröffnung von Abszeßhöhlen, Operationswunden, Entfernung kleinerer Sequester und Fremdkörper u. ä.

Behandlungen von Kieferbrüchen und Paradentose gelten in diesem Sinne nicht als chirurgische Maßnahmen, wie weiter unten ausgeführt werden wird.

Diese Darlegungen über die chirurgische Versorgung der Kassenmitglieder durch Kassenzahnärzte treffen für die Kassendentisten nicht zu, denn in der „Gebührenordnung für Kassendentisten" ist eine Vergütung für derartige Leistungen nicht aufgeführt. Behandlungen dieser Art durchzuführen, dürfte demnach dem Dentisten nicht gestattet sein. Es handelt sich hier um die Mund- und Kieferkrankheiten.

Was hat man unter dem Begriff „Mund- und Kieferkrankheiten" zu verstehen?

Betrachtet man z. B. die Pulpitis, so ist folgendes festzustellen. Sowohl bei der akuten, wie auch bei der chronischen Form dringen die Erreger durch die Dentinkanälchen in die Pulpa ein und verursachen eine Entzündung des Zahnmarks. Sofern es sich hierbei um einen Prozeß handelt, der das foramen apicale nicht überschreitet, wird man die Krankheit als Zahnkrankheit bezeichnen.

Wenn in diesem Stadium keine Behandlung erfolgt, so kommt es zur Mitbeteiligung des Knochens. In diesem Augenblick ist die Zahnkrankheit zur Kieferkrankheit geworden. Wir bezeichnen diese Erkrankung als akute, im späteren Stadium als chronische (granulierende) Periodontitis, in deren Verlauf sich ein der Wurzelspitze aufsitzendes Säckchen bilden kann, das Granulom. Im Innern dieses Granuloms spielen sich oft entzündliche oder auch eitrige Vorgänge ab; so kann hier ein kleiner Abszeß entstehen, der sich bei Eröffnung des foramen apicale in den Kanal entleert. In den meisten Fällen wird aber das Granulom einfach wachsen und sich unter Resorption des Knochens vergrößern. Gelegentlich durchbrechen entzündliche Prozesse die Kortikalis und das Periost. Es entsteht die Parulis und bei unkompliziertem Verlauf die Zahnfleischfistel.

Andererseits kann sich das Granulom durch Wucherung der Malassez'schen Epithelreste zu einer Zyste umbilden.

In diesen drei Fällen — Granulom, Fistel, Zyste — ist es meistens mit einer konservierenden Behandlung nicht getan, sondern man muß sich oft zu einem chirurgischen Eingriff entschließen.

Wenn auch hier der Zahn die Ursache ist, so erfolgt doch eine Schädigung des Kieferknochens und zwar durch Resorption (Granulom), Auftreibung (Zyste) und Zerstörung (Fistel).

Ebenso wie in diesem zuletzt angeführten Beispiel liegen die Dinge auch bei der lokal entstandenen Osteomyelitis der Kiefer. Hier sagt schon die Krankheitsbezeichnung, daß es sich um eine Kieferkrankheit handelt, obwohl auch sie ihren Ursprung vom Zahn nimmt oder doch nehmen kann; denn von einem kleinen Herd eines Zahnes breitet sie sich auf die Umgebung aus, dringt vor und infiziert schließlich das Knochenmark der betreffenden Kieferregion.

Nehmen wir aus dem großen Gebiet der Entzündungen noch einige Krankheitsgruppen heraus, bei denen der Begriff Mund- bezw. Kieferkrankheiten zutrifft und betrachten zuerst die Mundbodeneiterungen. Bei ihnen handelt es sich um einen Prozeß, der meist von einer Periodontitis, ursprünglich also vom Zahnsystem, seinen Ausgang nimmt und nach innen durchbricht, wobei die Mundbodenmuskulatur und die Muskelzwischenräume, sowie das lockere Binde- und Fettgewebe eitrig eingeschmolzen werden.

Außerdem sind an dieser Stelle noch jene Veränderungen des Zahnhalteapparates zu erwähnen, die wir unter der Bezeichnung Paradentitis und Paradentose kennen, beides Erkrankungen des Paradentiums, wenn es sich auch bei der einen um vorwiegend entzündliche Prozesse handelt, während bei der andern Rückbildung und Schwund des Knochens im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehen. Beide Erkrankungen müssen als Kieferkrankheit bezeichnet werden; denn nach Weski bilden Dentin, Periodontium, Gingiva und Alveole zusammen das Paradentium und stellen eine funktionelle Einheit dar.

Aber nicht nur in den bisher angeführten Fällen, bei denen es sich ja um eine Infektion handelt, haben wir es mit Mund- und Kieferkrankheiten zu tun; zu diesem Gebiet gehören auch die Spaltbildungen.

Diese können als Hasenscharte auf die Lippen und als Gaumenspalte auf den Gaumen beschränkt sein, oder, wie der Wolfsrachen, Weichteile und Kieferknochen befallen. Auch sie sind Kiefer- bezw. Mundkrankheiten; denn unter „Mund" — was ja eigentlich nur die Oeffnung zwischen den Lippen bedeutet — müssen wir in unserm Fall verstehen: die Begrenzung der Mundhöhle. Dazu gehören aber: harter und weicher Gaumen mit Gaumensegel, Wangen, Zunge, Mundboden und Lippen.

Außerdem ist zu den Mund- und Kieferkrankheiten der erschwerte Weisheitszahndurchbruch zu rechnen. Oft kann die sich bildende Zahnfleischtasche Ausgangsort von Entzündungsprozessen werden, die sich ausbreiten und dann zur Kieferklemme führen.

Außer diesen hier ausführlicher besprochenen Beispielen möchte ich noch einige Erkrankungen erwähnen, die selbstverständlich als Mund- und Kieferkrankheiten zu bezeichnen sind. Dies sind alle Erkrankungen der Schleimhaut des Mundes und der Zunge, wie z. B. Aktinosecytose, Decubitalulcera, Lues, Tuberkulose, Hunter'sche und Möller'sche Glossitis, Herpes u. s. w., dann die Neubildungen im Bereich der Mundhöhle (Karzinome, Sarkome, Osteome, Odontome, Adamantinome u. a.), sowie alle traumatisch verursachten pathologischen Veränderungen der Zähne und der Kiefer.

Aus diesen Darlegungen über Krankheiten, die Mund und Kiefer betreffen, können wir jetzt die Definition für Mund- und Kieferkrankheiten ableiten.

Wir bezeichnen eine Krankheit dann als Mund- und Kieferkrankheit, wenn sie im Gebiet der Mundhöhle und der Kieferknochen in Erscheinung tritt und nicht unmittelbar auf den Zahn beschränkt ist. Dabei ist es gleichgültig, ob sie
vom Zahn oder Zahnsystem ausgeht oder
auf lokaler Schädigung beruht, ob sie
angeboren oder
erworben ist.

Zusammenfassend kann man also sagen: Mund- und Kieferkrankheiten sind alle Erkrankungen im Bereich des Mundes oder der Kiefer, mit Ausnahme der Karies und der Pulpitis, soweit diese durch einfache Wurzelbehandlungsmethoden mit Erfolg angegangen werden können.

Zur Frage des Zahnersatzes nimmt der § 5, 2 VertrOZ., bezw. die dazugehörige Anmerkung Stellung. Aus ihr ist zu entnehmen:
Der Zahnersatz gehört zu den Heilmitteln, vorausgesetzt, daß er dem Heilzweck dient und nicht nur Hilfsmittel ist. Er kommt also nur ausnahmsweise als Teil der ärztlichen Behandlung in Betracht. Ist das der Fall, so muß die Kasse den Zahnersatz leisten, ohne Rücksicht auf die Höhe der entstehenden Kosten. Ist er jedoch Heilmittel, so muß zuerst festgestellt werden, ob er zu den kleineren, die Regelleistungen sind, zu rechnen ist oder zu den größeren, die zu den Mehrleistungen gehören. Ein Heilmittel ist dann ein kleineres, wenn seine Kosten die von den einzelnen Kassen festgesetzte Wertgrenze — sie beträgt heute zwischen RM. 20 und 30 — nicht überschreiten. Liegt der Anschaffungspreis jedoch über dieser Grenze, so handelt es sich um ein größeres Heilmittel. Nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen ist die Kasse, wenn sie einen Betrag von mehr

als 5 v. H. des Grundlohnes erhebt, nur zur Gewährung der Regelleistungen berechtigt.

„Teil der ärztlichen Behandlung" oder ein „kleines Heilmittel" und damit Regelleistung kann der Zahnersatz sein, wenn seine Beschaffung zur Abkürzung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit oder zur Beseitigung oder Linderung eines bestehenden Leidens unbedingt erforderlich ist.

In allen anderen Fällen zählt der Zahnersatz zu den „größeren Heilmitteln", zu deren Beschaffungskosten die Kasse eine Beihilfe gewähren kann, da es sich ja um eine Mehrleistung handelt.

Zu diesen Mehrleistungen gehören auch alle Maßnahmen, die unter den Begriff „vorbeugende Gesundheitspflege" fallen. Wird beispielsweise von vertrauensärztlicher Seite festgestellt, daß durch Anfertigung eines Ersatzstückes und durch die damit bedingte Verbesserung des Kauvermögens Störungen der Verdauung oder Magenleiden vermieden werden, so kann die Kasse einen Zuschuß gewähren, auch dann, wenn der Beitragssatz höher als 5 v. H. ist, in welchem Fall sie ja sonst nur zur Genehmigung von Regelleistungen berechtigt ist. Die durch diese Mehrleistungen entstehenden größeren Ausgaben müssen durch die Einnahmen ausgeglichen werden, ohne daß Beitragserhöhungen vorgenommen werden dürfen.

Jeweils vor Beginn der Behandlung ist ein Antrag auf Beihilfe oder Kostenübernahme zu stellen. Den von der Kasse nicht übernommenen Anteil hat der Patient selbst zu tragen. In der Regel wird der Zahnersatz nur in der einfachsten Form, d. h. Plattenersatz aus Kautschuk, genehmigt. Wünscht der Patient jedoch statt dieser einfachsten Form eine bessere Ausführung des Ersatzes — z. B. an Stelle einer Kautschukplatte eine solche aus Metall oder statt eines partiellen Stückes eine Brücke —, so hat er selbst die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

Einheitliche Richtlinien für die Zahnersatzbehandlung, die im ganzen Reichsgebiet Gültigkeit haben, sind zur Zeit noch nicht festgesetzt. Der Kassenzahnarzt hat sich also nach den örtlich oder bezirklich abgeschlossenen Zahnersatzverträgen zu richten.

Eine Beihilfe zum Zahnersatz fällt nicht unter das Pauschale, sondern ist getrennt zu verrechnen. Der Abrechnung ist der Genehmigungsbescheid der Krankenkasse und eine Bestätigung des Versicherten über den Erhalt des Ersatzes beizufügen.

Es ist für den Kassenzahnarzt von Bedeutung, daß die Landesversicherungsanstalten als Träger der Invalidenversiche-

rung in gegebenen Fällen auch Beihilfen zum Zahnersatz bewilligen und zwar dann, wenn

1. die Beschaffung von Zahnersatz zur erfolgreichen Durchführung eines Heilverfahrens notwendig ist, und
2. wenn durch Anfertigung von Zahnersatz eine Rentengewährung vermieden werden kann.

Erscheint es einem Zahnarzt erforderlich, einen Patienten zur Beobachtung oder Behandlung in ein Krankenhaus zu überweisen, so hat er nach § 5, 3 VertrOZ. „die Notwendigkeit der Krankenhauspflege in der Verordnung schriftlich zu begründen." Außerdem hat er, wie aus dem gleichen Paragraphen hervorgeht „die Richtlinien des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen für die Gewährung von Krankenhauspflege" zu beachten.

Jedoch genehmigt die Kasse nur dann Krankenhauspflege, wenn vor der Aufnahme ihre Zustimmung eingeholt wird. Aber auch hier wird von der vorherigen Genehmigung abgesehen, wenn es sich um einen dringenden Fall handelt.

Die Krankenhauspflege (Verpflegung in einem Krankenhaus) kann nach § 184 RVO. an Stelle des Krankengeldes treten. Es bedarf jedoch der Zustimmung des Kranken, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Diese Einschränkung fällt aber fort, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Kranken nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat,
4. sein Zustand oder sein Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

Darüber hinaus setzt der § 186 RVO. fest: „Wird einem Versicherten, der bisher Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, Krankenhauspflege gewährt, so ist daneben für die Angehörigen ein Hausgeld zu zahlen, das dem halben Betrag des Krankengeldes entspricht."

Sollte in einem besonderen Fall — so bestimmt § 185 RVO. — die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich, aber nicht ausführbar sein, so kann an Stelle der Krankenhauspflege eine Wartung durch Pfleger oder Schwestern gewährt werden.

Genau so wie der Kranke das Recht zur „freien Arztwahl" hat, steht ihm auch die Wahl des Krankenhauses offen. Es ist

aber selbstverständlich, daß er sich nur in die Krankenhäuser aufnehmen lassen darf, die von der Kasse zugelassen sind; denn nach § 371 RVO. hat die Kasse das Recht, nur in von ihr bestimmten Krankenhäusern Behandlung zu gewähren und Bezahlung anderer Krankenhäuser abzulehnen.

Das Recht, eine Krankenhauspflege zu verordnen, hat nur der Kassenzahnarzt. Im Bezirksvertrag für Dentisten fehlt hierüber eine entsprechende Bestimmung. Auch wird in der Vertragsordnung (§ 5, 3) nur von einer Verordnung von Krankenhauspflege durch Zahnärzte gesprochen.

Im Fall der Arbeitsunfähigkeit zahlt, wie bereits auf Seite 4 erwähnt, die Kasse Krankengeld und zwar in Höhe des halben Grundlohnes für jeden Kalendertag. Es wird vom 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit an gewährt. Jedoch ist die Kasse verpflichtet, sowohl die Verordnung von Versicherungsleistungen, als auch die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten durch einen Vertrauensarzt nachprüfen zu lassen. Stellt sich bei dieser Nachprüfung heraus, daß „der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat", so kann ihm nach § 192 RVO. die Auszahlung des Krankengeldes für die Dauer dieser Krankheit ganz oder teilweise versagt werden.

Nach § 5, 4 VertrOZ. ist der Kassenzahnarzt verpflichtet, „eine begründete Bescheinigung mit Befund" auszustellen, wenn ein Kranker für arbeitsunfähig erklärt wird. Nach § 13, 2 des Bezirksvertrages für Dentisten ist auch der Dentist berechtigt, eine solche Bescheinigung auszustellen.

Der § 10 VertrOZ. setzt fest: „Für Leistungen der Kassenzahnärzte und Kassendentisten gewähren die Krankenkassen eine Gesamtvergütung. Im Reichsvertrag kann für besondere Leistungen eine andere Bezahlung vereinbart werden."

Zu diesen besonderen Leistungen zählen, neben Paradentose- und Kieferbruchbehandlung, die weiter unten besprochen werden sollen, die röntgendiagnostischen Leistungen. Hiermit befaßt sich ausschließlich der § 29 VertrOZ. Er sagt aus: „Soweit die Krankenkassen bisher die Stellen bestimmt haben, welche röntgendiagnostische Leistungen ausführen, unterliegen diese Leistungen dem Bezirksvertrag nur, wenn die Krankenkasse zustimmt." Das bedeutet: Ist ein Kassenzahnbehandler infolge Besitzes einer „geeigneten und tauglichen Apparatur" in der Lage, Röntgenaufnahmen herzustellen, so bedarf es dazu erst der Genehmigung der Kasse, und er wird mit dieser Genehmigung

gewissermaßen zu einer weiteren „Stelle", die röntgendiagnostische Leistungen ausführt. Das gibt ihm aber noch nicht das Recht, nun im Bedarfsfall nach Belieben einen Zahnfilm herzustellen. Er ist vielmehr verpflichtet, für jede Aufnahme die vorherige Erlaubnis der Kasse einzuholen. In besonderen Fällen kann die Kasse dem Kassenzahnarzt, aber nie dem Kassendentisten gegenüber, auf ihr Genehmigungsrecht verzichten.

Röntgenaufnahmen müssen stets verordnet werden. Dabei ist es gleichgültig, ob der betreffende Zahnarzt die Herstellung des Zahnfilms selbst vornimmt oder den Patienten an eine Stelle, die röntgendiagnoste Leistungen durchführt, überweist. Dieser Stelle ist dann das Verordnungsblatt, auf dem die Notwendigkeit unter Angabe des Verdachtmomentes zu begründen ist, auszuhändigen. Es dient als Unterlage für die Abrechnung. Röntgenaufnahmen sind nur dann zu verordnen, wenn eine sichere Diagnose auf eine andere Weise nicht möglich ist.

Nach Rechtsprechung des RVA. sind Bestrahlungen ärztliche Behandlungen. Bei Verordnung von Bestrahlungen hat sich jedoch der Kassenzahnarzt größte Zurückhaltung aufzuerlegen. Auch hier hat er wieder die Notwendigkeit — in diesem Fall unter Angabe der Diagnose und Art der Bestrahlung — zu begründen. Voraussetzung zur Genehmigung einer Bestrahlung ist, daß gleichzeitig eine andere Behandlung der Krankheit vorgenommen wird oder bereits stattgefunden hat.

Eine Bestrahlung mit Höhensonne ist gestattet bei „entzündlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut, wenn andere Behandlungen versagt haben."

Die Anwendung von Wärmestrahlen oder Diathermie ist zulässig bei phlegmonösen Prozessen und bei schweren Entzündungserscheinungen, die auf eine andere Art nicht zu beeinflussen sind. Nicht erlaubt ist sie bei Gingivitiden und Stomatitiden.

Die Behandlung der Kieferbrüche nimmt gegenüber der der Paradentose, die nach § 5 des Bezirksvertrages für Kassenzahnärzte beide eine Sonderleistung im Sinne des § 10, 1 VertrOZ. bedeuten, insofern eine Sonderstellung ein, als die ersten Behandlungsmaßnahmen bei Kieferbrüchen sofort, d. h. ohne vorherige Genehmigung durch die Kasse, vorgenommen werden dürfen. Jedoch ist der Kassenzahnarzt verpflichtet, baldmöglichst die Kasse zu benachrichtigen, unter Beifügung eines Befundberichtes sowie eines Kostenvoranschlages der notwendigen Behandlung.

Eine Behandlung der Paradentose darf ohne Erlaubnis der Kasse nicht begonnen werden.

Ueberhaupt soll, da es sich nicht um eine Regelleistung handelt, ein Antrag auf Uebernahme der Kosten nur in dringenden Fällen gestellt werden, und zwar nur dann, wenn durch rechtzeitige Versorgung des befallenen Gebietes eine verfrühte Erwerbsunfähigkeit verhindert wird, wie das z. B. bei Sängern und Musikern (Bläsern) der Fall sein, und ein Dauererfolg erwartet werden kann.

Nach früherer Ansicht fielen orthodontische Behandlungsfälle grundsätzlich nicht unter die Kassenleistungen, da es sich nicht um Krankenhilfe, sondern um die Beseitigung von Verkrüppelung handelt. Heute ist der Ausdruck „grundsätzlich" durch ein „in der Regel" ersetzt.

Das bedeutet, daß Fälle eintreten können, in denen die Kasse sehr wohl die Kosten für die Beseitigung von Stellungsunregelmäßigkeiten der Zähne und Mißbildungen der Kiefer übernehmen muß, und zwar dann, wenn durch diese Anomalien Schädigungen der Zähne, der Atmungs- oder Verdauungswege oder Störungen im Allgemeinbefinden entstehen, wegen derer der Versicherte sich in ärztliche Behandlung begeben muß. Dann handelt es sich nicht mehr um Verkrüppelung allein, sondern die Mißbildungen sind Krankheitsursachen. Deren Beseitigung aber ist Sache der Krankenhilfe und somit eine Regelleistung, deren Kosten die Kasse in voller Höhe zu bestreiten hat.

Es gibt sogar Fälle, in denen die Kasse einen Zuschuß zu den Kosten orthodontischer Versorgung genehmigen kann — das ist dann eine sogenannte Mehrleistung —, nämlich dann, „wenn die Mißbildung, auch ohne unmittelbar zu einer Krankheit zu führen, doch eine ernstliche Bedrohung des Lebens oder der Gesundheit des Versicherten darstellt."

Doch müssen in diesem Fall „die Gewährung von Mehrleistungen zur Durchführung krankheitsverhütender Maßnahmen in der Kassensatzung vorgesehen sein."

In jedem Fall muß der Kassenzahnarzt vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung die Genehmigung der Kasse einholen.

Die Berechnung der Höhe des Betrages, der dem Kassenzahnbehandler für seine Leistungen vergütet wird, erfolgt für

---

[1]) Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands

Zahnärzte durch die Bezirksstellen der KZVD.[1]) und für Dentisten durch den RDD.[2])

Der Vergütung geht die sogenannte Abrechnung seitens der Behandler voraus. Sie erfolgt jeweils am Ende eines Quartals. Abgerechnet werden zu diesem Termin alle Fälle, die in der Zeit vom 11. Tage des letzten Monats im vorausgegangenen Vierteljahr bis zum 10. Tage des letzten Monats des laufenden Vierteljahres behandelt wurden. Das bedeutet: Alle Leistungen eines Kassenzahnbehandlers, die er z. B. in der Zeit vom 11. III. bis 10. VI. eines Jahres durchgeführt hat, gelangen zu Beginn des III. Vierteljahres zur Verrechnung.

Als „Fall" in diesem Sinne gilt nach § 15 der VertrOZ. die gesamte von einem Zahnbehandler in einem Quartal an einem Patienten vorgenommene Behandlung. Bis zu diesem festgesetzten Termin (10. des letzten Quartalsmonats) sind auch die begonnenen Behandlungen abzurechnen, die bis zum Quartalsende nicht abgeschlossen werden. Die dann im nächsten Quartal erfolgende Weiterbehandlung gilt als neuer Behandlungsfall. Nicht abzurechnen sind zu diesem Termin die Behandlungen, die erst nach dem 10. des letzten Quartalmonats begonnen werden, auch dann nicht, wenn sie noch vor dem Quartalsschluß zu Ende geführt werden. Diese Fälle gehören grundsätzlich zum nächsten Vierteljahr.

Die in der „Gebührenordnung für Kassenzahnärzte (bezw. Kassendentisten)" festgesetzten Gebührensätze dienen lediglich als Basis für die Verrechnung, und es besteht kein Anspruch auf Vergütung in voller Höhe; denn in § 10 VertrOZ. heißt es: „Für die Leistungen der Kassenzahnärzte und Kassendentisten gewähren die Krankenkassen eine Gesamtvergütung."

Sie umfaßt mit Ausnahme der Ausgaben für Paradentose- und Kieferbruchbehandlung, sowie röntgendiagnostische Leistungen (§ 2 des Vergütungsabkommens) sämtliche Leistungen aller für die Kasse in dem betreffenden Vierteljahr tätig gewesenen Zahnbehandler. Dazu gehören auch die Zahnärzte und Dentisten, die zu den Kassen nicht zugelassen sind, aber in dringenden Fällen von Kassenmitgliedern in Anspruch genommen wurden.

Die Errechnung der Gesamtvergütung erfolgt — nach § 4 des Vergütungsabkommens — in jedem Vierteljahr neu und ist deshalb verhältnismäßig schwierig, weil sich hier auf zahnärztlicher Seite zwei Berufsgruppen befinden: die Zahnärzte und die Dentisten, deren Leistungen nicht einheitlich bewertet werden; denn die Vergütung (der zu zahlende Anteil), der auf jede Gruppe entfällt — der sogenannte Gruppenanteil — ist verschieden, je nachdem die Beanspruchung der Zahnärzte und Dentisten sich ändert.

[2]) Reichsverband Deutscher Dentisten.

Wie aus § 11 VertrOZ. zu ersehen ist, vereinbaren deshalb die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KZVD. und dem RDD. die Grundlage für die Berechnung der vorgesehenen Gesamtvergütung.

Diese Vereinbarung ist das sogenannte „Vergütungsabkommen." Es hält sich in einzelnen Paragraphen an den Wortlaut der Vertragsordnung, so in

§ 1 über die Berechnung der Gesamtvergütung,
§ 4 über die Durchführung der Abrechnung,
§ 7 über die Abweichung von der Vergütung nach einem Kopfpauschale und
§ 8 über die Aenderung des Kopfpauschales.

Darüber hinaus setzt das Vergütungsabkommen in § 3 fest, daß als Zeitabschnitt gemäß des § 10, 3a VertrOZ. die Jahre 1932 und 1933 zu gelten haben, in § 5, daß — nach § 11, 2b VertrOZ., der Grundbetrag um nicht mehr als 5 v. H. überschritten werden darf und bestimmt in § 9 den Begriff des Härtefalles im Sinne des § 11, 2a VertrOZ.

Wie erfolgt nun die Errechnung der Gesamtvergütung? § 10, 2 VertrOZ. setzt fest: „Die Höhe der Gesamtvergütung richtet sich nach einem Kopfpauschale und der durchschnittlichen Mitgliederzahl", wobei Kopfpauschale bedeutet: die Summe, die jedem Kassenmitglied pro Jahr durchschnittlich zur Verfügung steht.

Die durchschnittliche Mitgliederzahl errechnet sich aus der Summe der Mitgliederzahlen der drei Vierteljahrsmonate (Summe des 1., 2. und 3. Quartalsmonats, dividiert durch 3).

Bei der Berechnung des Kopfpauschales geht man aus von den Zahlungen an Zahnärzte, Dentisten, zahnärztliche Universitätsinstitute, an das Fortbildungsinstitut des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands und die Lehrinstitute des Reichsverbandes Deutscher Dentisten für die Jahre 1932 und 1933. Bei dieser Berechnung sind die Kosten für Zahnersatz, röntgendiagnostische Leistungen, Paradentose und Kieferbruchbehandlung auszunehmen, außerdem die Kosten für Vertrauensärzte und Obergutachter, Reisekosten zum Zahnbehandler, Kosten für Mitglieder anderer Kassen, einschließlich Seekasse, und Kosten für die Schulzahnpflege.

Da nätürlich in den Jahren 1932 und 1933 an Zahnärzte und Dentisten nicht die gleichen Zahlungen geleistet wurden, das Kopfpauschale sich aber aus den Beträgen dieser Jahre errechnet, ist dieses jetzt für Zahnärzte und Dentisten verschieden hoch und muß infolgedessen gesondert berechnet werden.

Bei der Berechnung der Gesamtvergütung muß auch der Grundbetrag in Betracht gezogen werden. Das ist „der von der

Kasse je Mitglied zu zahlende Betrag, den die Kasse im Ausgangszeitraum" — das sind die Jahre 1932 und 1933, nach § 3 des Vergütungsabkommens — „je Mitglied gezahlt hat."

Die Werte für Kopfpauschale und Grundbetrag sind für jede Kasse gesondert errechnet und liegen nun fest, sodaß sie bei der Vierteljahresabrechnung nur eingesetzt zu werden brauchen.

So hat der Staat mit der Sozialversicherung eine Einrichtung geschaffen, die einen wirklichen Helfer darstellt für die weniger bemittelten Schichten der Bevölkerung Deutschlands. Trotzdem der einzelne verhältnismäßig geringe Beiträge leistet, steht er in Zeiten wirtschaftlicher Not und schwerer Krankheit nie ganz mittellos da. Der deutsche Arbeiter weiß, daß hinter ihm der Staat mit seinen durch die Sozialpolitik geschaffenen Werken steht. Gibt er seine Arbeitskraft, so sorgt der Staat für ihn, wenn diese seine Arbeitskraft durch Krankheit vermindert ist oder ganz versiegt.

Aber nicht nur Gelder stellt der Staat zur Verfügung, sondern auch eine ausreichende Zahl von Fachärzten aus allen Gebieten der Medizin und Zahnmedizin, die dem Versicherten beratend zur Seite stehen und ihm Behandlung zuteil werden lassen, wenn Hilfe nötig ist.

Ohne sich um die Finanzierung seines Besuches beim Arzt oder Zahnarzt Sorge zu machen, sucht das Kassenmitglied seinen Behandler auf; denn die Vergütung für die Leistung des Kassenzahnarztes übernimmt der Staat und regelt sie durch eine von ihm eingesetzte Körperschaft, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands. Sie stellt den Mittler dar zwischen den Kassen und den Kassenzahnärzten. Sie erledigt auch die Errechnung der Vergütung, die der Kassenzahnarzt für seine Leistungen zu beanspruchen hat, nachdem dieser die nötigen Unterlagen eingereicht und die Kasse die Mitgliederzahl angegeben hat. Auch bestimmt sie die Stelle, an die die Kasse ihre Zahlungen zu richten hat. Diese Zahlung hat dann für die Kasse befreiende Wirkung. Infolgedessen richten sich auch die Ansprüche des Kassenzahnarztes auf Vergütung nie gegen die Kasse selbst — auch dann nicht, wenn sie mit ihren Zahlungen im Rückstand ist, — sondern ausschließlich gegen die KZVD., die damit zum rechtlichen Vertreter aller in der Sozialversicherung tätigen Zahnärzte wird.

Ich habe mich bemüht, im Rahmen dieser Arbeit die Leistungen der Sozialversicherung auf den verschiedensten Gebieten herauszustellen und zu zeigen, welche Vorteile sie ihren Mitgliedern bietet. Ich möchte aber nicht versäumen, am Schluß

dieser Ausführungen auch kurz auf die Nachteile der Sozialversicherung hinzuweisen, die sie sowohl für den Versicherten, als auch für den Behandler in sich birgt.

Wohl ist es für einen Versicherten mit geringem Einkommen, dem es nicht gleichgültig ist und auch nicht sein kann, ob er für eine ärztliche Beratung eine bestimmte Summe entrichten muß, eine große Beruhigung, zu wissen, daß im Ernstfall die Versicherung diese Ausgaben für ihn übernimmt. Doch wird diese Möglichkeit, seinen Zahnarzt oder Arzt aufsuchen zu können, ohne dadurch selbst Ausgaben zu haben, bei anderen, weniger gewissenhaften Versicherten dazu führen, auch mit den geringsten Beschwerden „mal eben zum Arzt zu gehen"; denn es kostet ihn ja fast nichts! Dieser Umstand führt unbestritten zur Verweichlichung der der Sozialversicherung angeschlossenen Bevölkerungsteile. Außerdem stellt er eine große Belastung für die einzelnen Kassen dar; denn diese so vergeudeten Beträge könnten für Zwecke verwandt werden, für die sie besser am Platze wären. Auch wäre es für die Kasse möglich, durch die auf diese Weise eingesparten Gelder ihre Leistungen zu steigern.

Damit kommen wir zu einem weiteren Nachteil. Die Vergütung für die Leistungen der Kassenbehandler sind so gering gehalten, daß diese, wollen sie ihr Auskommen haben, darauf sehen müssen, am Quartalsende möglichst viel „Scheine" abzurechnen. Dann aber ist es ihnen unmöglich, sich dem Kranken in dem Maß zu widmen, wie es im Interesse jedes einzelnen wünschenswert wäre.

Und damit zeigen sich schon die Nachteile, die die Sozialversicherung auch für den Behandler mit sich bringt. Erwin Liek schreibt an einer Stelle seines Buches „Der Arzt und seine Sendung": „Der Massenbetrieb führt notwendig zur Schluderarbeit. Es leidet die Fähigkeit und der Wille des Arztes, gewissenhaft zu untersuchen und sorgsam zu behandeln."

Nehmen wir hierzu ein Beispiel aus unserem Fachgebiet. Es ist selbstverständlich, daß ein Kassenbehandler, der täglich 60 bis 80, ja 100 Kassenpatienten behandeln „muß", es nach und nach verlernt, eine Kavität exakt vorzubereiten, wie wir sie z. B. zur Aufnahme einer gegossenen Füllung brauchen; denn er wird, wo es eben geht, Zeit einsparen — diese kommt ja letzten Endes seiner Fortbildung und Erholung zugute — und sich darauf beschränken, eine Amalgam- oder Zementfüllung zu machen — ganz abgesehen davon, daß ihm der Mehraufwand an Zeit und Material nicht vergütet wird. (Und sehen wir uns nur einmal die aus einer solchen Praxis kommenden Füllungen an Hand eines Röntgenbildes an und achten auf den Randschluß!).

Oder aber wird er sich Zeit nehmen oder nehmen können, anschließend an eine Extraktion nach einem abgesprengten Wurzelrest zu suchen? Kurz, er wird im Laufe der Jahre verlernen, sorgfältig und gewissenhaft zu arbeiten, ganz abgesehen von den Schädigungen, die er dem Patienten durch solche Unterlassungen zufügt. Er wird dann nicht mehr Zahnarzt, sondern Zahnbehandler sein.

Aus diesen wenigen Beispielen schon ist zu ersehen, daß neben den großen Vorteilen, die die Sozialversicherung ihren Mitgliedern bietet, wesentliche Nachteile für diese selbst, wie auch für die in der Sozialversicherung tätigen Zahnärzte entsteht.

Vielleicht würde eine Art Rückvergütung, die solchen Versicherten gewährt werden könnte, welche die Kasse gar nicht oder nur wenig beansprucht haben, einen gewissen Ausgleich der besprochenen Nachteile bewirken.

Am Schluß dieser Arbeit darf ich Herrn Prof. Dr. Schmidhuber für die Genehmigung des Themas und die Durchsicht der Arbeit, sowie Herrn Dr. Abendroth für die Unterstützung durch Überlassung von Literatur meinen Dank aussprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Dietsch, H. und Schrickel, Dr. E.:
Merkbuch für die tägliche Praxis. Berlin W 50: Verlagsabteilung der Deutschen Zahnärzteschaft E. V.

Eichelsbacher, Dr. Franz:
Reichsversicherungs-Ordnung nebst Einführungsgesetz, Ergänzungsbestimmungen und Ausführungsvorschriften. München und Berlin: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1938.

Heller, Wilhelm und Kühne, Bruno:
Zulassungs- und Vertragsrecht der Kassenzahnärzte und Kassendentisten. Berlin-Lichterfelde: Verlag Langewort, 1936.

Liek, Erwin:
Der Arzt und seine Sendung. München: I. F. Lehmanns Verlag, 1934.

Ritter, Dr. Paul und Korn, Justizrat Dr. Alfred:
Deutsches Zahnärzterecht für Ärzte, Zahnärzte und Juristen. Berlin: Berlinische Verlagsanstalt G. m. b. H., 1913.

Lebenslauf.

Am 26. Dezember 1911 wurde ich als Sohn des Mittelschullehrers Richard Harbott und seiner Ehefrau Aenne, geb. Kaiser zu Frankfurt a. M. geboren. Ich besuchte die Liebig-Ober-Realschule und — von Quinta ab — das Goethe-Gymnasium zu Frankfurt a. M., wo ich am 2. März 1931 die Reifeprüfung ablegte. Ich studierte Medizin in Frankfurt, in Marburg und in Heidelberg Zahnheilkunde und bestand am 12. April 1937 in Heidelberg die zahnärztliche Vorprüfung und am 6. Juni 1939 das zahnmedizinische Staatsexamen. Vom 1. bis 24. Juli 1939 war ich an der Universitätsklinik und Poliklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkranke als Volontärassistent tätig und vertrete z. Zt. einen Heidelberger Zahnarzt.

Heidelberg, den 5. August 1939.

Kurt Harbott.